Deutscher Bundestag **Drucksache 18/9837**

18. Wahlperiode (zu Drucksache 18/9528)
28.09.2016

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)
– Drucksache 18/9528 –

Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung

Stellungnahme des Bundesrates

Der Bundesrat hat in seiner 948. Sitzung am 23. September 2016 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zu Artikel 1 Nummer 1 (§ 2a KHG),
Artikel 5 Nummer 2a – neu – (§ 92 Absatz 7f Satz 1 SGB V),
Nummer 9a – neu – (§136e – neu – SGB V) und
Nummer 14 (§ 293 Absatz 6 Satz 1 SGB V)

Der Gesetzentwurf ist wie folgt zu ändern:

a) Artikel 1 Nummer 1 ist zu streichen.

b) Artikel 5 ist wie folgt zu ändern:

aa) Nach Nummer 2 ist folgende Nummer 2a einzufügen:

‚2a. In § 92 Absatz 7f Satz 1 ist die Angabe „§§ 136b und 136c“ durch die Angabe „§§ 136b, 136c und 136e“ zu ersetzen.‘

bb) Nach Nummer 9 ist folgende Nummer 9a einzufügen:

‚9a. Nach § 136d wird folgender § 136e eingefügt:

„§ 136e
Bestimmung einer Definition von Krankenhausstandorten

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 30. April 2017 eine Definition, welche die Kriterien für den Standort oder die Standorte eines Krankenhauses und die Ambulanzen eines Krankenhauses festlegt. Dabei ist sicherzustellen, dass diese Definition des Krankenhausstandorts eine eindeutige Abgrenzung insbesondere in räumlicher, orga-

nisatorischer, medizinischer und rechtlicher Hinsicht ermöglicht. Die Definition soll insbesondere für Zwecke der Qualitätssicherung, der Abrechnung, für die Krankenhausplanung und die Krankenhausstatistik geeignet sein.“ ‘

cc) In Nummer 14 ist § 293 Absatz 6 Satz 1 wie folgt zu fassen:

„Auf der Grundlage des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136e führen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft ein bundesweites Verzeichnis der Krankenhausstandorte der nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen.“

Begründung:

Der Gesetzentwurf verpflichtet in § 2a KHG den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung zur Vereinbarung einer bundeseinheitlichen Definition, welche die Kriterien für den Standort oder die Standorte eines Krankenhauses und die Ambulanzen eines Krankenhauses festlegt. Die Definition soll

– insbesondere für Zwecke der Qualitätssicherung, der Abrechnung, für die Krankenhausplanung und die Krankenhausstatistik geeignet sein,
– für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die privaten Krankenversicherungsunternehmen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Leistungserbringer verbindlich sein und
– Grundlage des vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu führenden bundesweiten Verzeichnisses der Krankenhausstandorte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen sein (§ 293 Absatz 6 SGB V).

Obwohl die Standortdefinition für die Krankenhausplanung geeignet sein soll, ist eine Beteiligung der Länder im Zusammenhang mit dem Abschluss der Vereinbarung zur Standortdefinition nicht vorgesehen. Das ist für die Länder nicht akzeptabel.

Die Erarbeitung einer bundeseinheitlichen Standortdefinition ohne Beteiligung der Länder erhöht das Risiko von Abweichungen zwischen dem Standortverzeichnis und den Krankenhausplänen der Länder. Solche Abweichungen können zu erheblichen Komplikationen führen: So ist zum Beispiel nach den vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossenen Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) bei einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit einem nach Standorten differenzierten Versorgungsauftrag ein standortspezifischer Qualitätsbericht je Standort zu erstellen. Für die nach § 108 Nummer 2 SGB V zugelassenen Plankrankenhäuser ergibt sich der Versorgungsauftrag und damit auch die Standortausweisung aus dem Krankenhausplan des jeweiligen Landes. Ein Krankenhaus könnte im Krankenhausplan mit einem Standort ausgewiesen sein, nach dem Standortverzeichnis aber über mehrere Standorte verfügen. Das Krankenhaus müsste nach der Qb-R nur einen Qualitätsbericht führen, würde dadurch aber die Standortdefinition, die für alle Leistungserbringer gelten soll, missachten. Komplikationen sind auch für andere Regelungsbereiche, die auf den Begriff „Standort“ abstellen (planungsrelevante Qualitätsindikatoren, Qualitätszu- und -abschläge, Mindestmengen, Sicherstellungszuschläge, besondere Aufgaben von Zentren, Strukturfonds), zu erwarten.

Vor diesem Hintergrund ist es geboten, die Länder in die Aufgabe der Bestimmung einer Standortdefinition einzubeziehen. Umgesetzt werden kann dies durch eine Übertragung dieser Aufgabe auf den G-BA und ein dazugehöriges Mitberatungsrecht der Länder. Zumal der Unterausschusses Qualitätssicherung des G-BA der Arbeitsgruppe „Standorte“ den Auftrag erteilt hat, qualitätssicherungsrelevante Anforderungen an eine einheitliche Standortdefinition zu erarbeiten.

Zu Buchstabe a:

Durch die Streichung entfällt der im KHG geregelte Auftrag zu einer Vereinbarung der Standortdefinition.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe aa:

§ 92 Absatz 7f SGB V spricht den Ländern bei bestimmten Richtlinien und Beschlüssen des G-BA ein

Mitberatungsrecht zu, soweit diese für die Krankenhausplanung von Bedeutung sind. Dieses Mitberatungsrecht wird auf die in § 136e SGB V geregelte Erarbeitung einer Standortdefinition erstreckt.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe bb:

Der neu eingefügte § 136e SGB V überträgt die Erarbeitung einer Standortdefinition dem G-BA. Die Definition soll insbesondere für Zwecke der Qualitätssicherung, der Abrechnung, für die Krankenhausplanung und die Krankenhausstatistik geeignet sein. Eine Frist bis zum 30. April 2017 erscheint unter Berücksichtigung geleisteter Vorarbeiten des G-BA angemessen.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe cc:

§ 293 Absatz 6 SGB V ist die Regelung für das Standortverzeichnis. Es ist auf Grundlage der Standortdefinition des G-BA zu führen.

2. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe d (§ 3 Absatz 3 Satz 9a – neu – und Satz 9b – neu – BPflV)

In Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe d sind in § 3 Absatz 3 nach Satz 9 folgende Sätze einzufügen:

„Sobald die vereinbarte Stellenbesetzung erfüllt ist, sind die Kürzungen zurückzunehmen. Eine Basisabsenkung findet nicht statt.“

Begründung:

Gemäß § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 BPflV ist ab dem Jahr 2020 die „Umsetzung von Vorgaben nach § 136a Absatz 2 SGB V zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal“ ein wesentlicher Tatbestand der Budgetverhandlung. Da dabei die Mindestanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht unterschritten werden dürfen und somit kaum Verhandlungsspielraum zur Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter besteht, ist die Möglichkeit zur Geltendmachung der hiermit verbundenen Personalkosten für das Krankenhaus von großer Bedeutung. Aufgrund der in § 18 BPflV vorgesehenen Nachweispflichten und deren Konsequenzen für die Budgetanpassungen darf es durch eine nicht vorgenommene vereinbarte Stellenbesetzung, zum Beispiel durch den regional unterschiedlich ausgeprägten Fachkräftemangel, nicht zu einer Absenkung des Gesamtbudgets (Basisabsenkung) kommen. Die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Vollkräften, jeweils gegliedert nach Berufsgruppen von verhandelten zu besetzten Stellen, kann Regelungen zur Rückzahlungspflicht begründen, aber nur für den Zeitraum der Nichterfüllung. Die Bemühungen des Krankenhauses, die Personalengpässe mit Hilfe anderer Berufsgruppen auszugleichen, müssen hierbei weiterhin berücksichtigt werden.

3. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe d (§ 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 3 BPflV)

In Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe d sind in § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 3 die Wörter „Verkürzungen von Verweildauern,“ zu streichen.

Begründung:

Die angesprochene Verkürzung von Verweildauern führt in der Regel zu einem wesentlichen Mehraufwand aufgrund einer Leistungsverdichtung bei der Behandlung des Einzelnen bei einer insgesamt steigenden Anzahl krankenhausbehandlungsbedürftiger Patienten. Eine Kostenreduktion geht damit regelhaft keinesfalls einher.

4. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe d (§ 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 BPflV)

In Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe d sind in § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 nach dem Wort „Personal“ die Wörter „und die damit verbundenen Kosten“ anzufügen.

Begründung:

Die Kosten der Krankenhäuser werden maßgeblich durch ihre personelle Ausstattung beeinflusst. Nach dem Gesetzentwurf ist daher folgerichtig die Möglichkeit einer Budgeterhöhung, das heißt eine Überschreitung der Obergrenze für den Budgetzuwachs, zulässig, um die Erfüllung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung zu gewährleisten. Dazu ist neben den Stellen die ausreichende Finanzierung sicherzustellen.

In der Praxis wird die Personalausstattung (betrachtet nach Berufsgruppen) in der einzelnen Einrichtung gegenüber Durchschnittswerten nach oben und unten abweichen. Aber auch Strukturfragen, verschiedenartiges Patientenaufkommen, verschiedenartige Therapieansätze, outgesourcte und zugekaufte Leistungsanteile der Patientenbehandlung spielen eine zu beachtende Rolle. Diese Abweichungen sollen laut Gesetzentwurf zu höheren und zu niedrigeren krankenhausindividuellen Entgelten führen. Ab dem Jahr 2020 sind mit Beginn der Anwendung des leistungsbezogenen Vergleichs die Ergebnisse der Nachweise zur personellen Ausstattung bei der Budgetfindung heranzuziehen. Abweichungen von den Mindestvorgaben einer Personalausstattung können mitunter auch durch den herrschenden Fachkräftemangel bedingt sein. Die Bemühungen des Krankenhauses, die Personalengpässe mit Hilfe anderer Berufsgruppen auszugleichen, müssen hierbei weiterhin angerechnet werden können. Das Fehlen von Personal ist ein temporärer und kein gewollter Zustand, er darf deshalb keine dauerhafte budgetabsenkende Wirkung haben (Gefahr einer Abwärtsspirale).

5. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe d (§ 3 Absatz 4 Satz 1 BPflV)

In Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe d sind in § 3 Absatz 4 Satz 1 die Wörter „40 Prozent der“ durch das Wort „die“ zu ersetzen.

Begründung:

§ 18 Absatz 2 BPflV sieht vor, dass die Kliniken künftig nachweisen müssen, dass sie die Zahl der Personalstellen laut Psychiatrie-Personalverordnung einhalten. Zugleich regelt § 3 Absatz 4 BPflV, dass die Kosten dieser Personalstellen bei Tariferhöhungen nicht voll refinanziert werden. Dies treibt die Kliniken in eine finanzielle Abwärtsspirale.

Zwar ist es auch in der Somatik so, dass Tariferhöhungen beim Personal nur anteilig finanziert werden. Dort gibt es aber grundsätzlich auch keine festen Personalvorgaben, die von den Kliniken einzuhalten und nachzuweisen sind. Für die psychiatrischen Kliniken ist die nur anteilige Refinanzierung in Kombination mit der Nachweispflicht nicht hinnehmbar. Sofern es bei der Nachweispflicht bleibt, ist daher die Beschränkung der Refinanzierung auf 40 Prozent zu streichen.

6. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe h Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe ccc (§ 3 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3 BPflV)

In Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe h Doppelbuchstabe aa ist Dreifachbuchstabe ccc wie folgt zu fassen:

‚ccc) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. sonstige Mehrerlöse werden zu 65 Prozent ausgeglichen.“ ‘

Begründung:

Die BPflV gibt für sonstige Mehrerlöse für die Jahre 2013 bis 2016 einen Ausgleichsatz von 65 Prozent vor. Ab dem Jahr 2017 werden sonstige Mehrerlöse bis zur Höhe von 5 Prozent zu 85 Prozent und darüber hinaus zu 90 Prozent ausgeglichen. Dem Krankenhaus verbleibt damit aus den sonstigen Mehrerlösen nur ein Anteil von 15 beziehungsweise 10 Prozent, 85 beziehungsweise 90 Prozent sind an die Kostenträger zurückzuzahlen.

Wie im Bereich des KHEntgG und auch in der BPflV-Regelung von 2013 bis 2016 ist für die Krankenhäuser mindestens ein Ausgleichssatz von 65 Prozent erforderlich (das heißt, 35 Prozent verbleiben dem Krankenhaus). Bei einer Mehrbelegung muss durch das Krankenhaus im Bereich der Mindestvorgaben auch mehr Personal im Einsatz sein. Dadurch entstehen nicht nur Sachkosten, sondern auch weitere Personalkosten, die mit 15 beziehungsweise 10 Prozent nicht abgedeckt werden können. Hier liegt eine erhebliche Ungleichbehandlung zwischen Krankenhäusern aus dem Bereich des KHEntgG, für die es grundsätzlich keine Personalvorgaben gibt, und Krankenhäusern aus dem Bereich der BPflV vor.

7. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe h Doppelbuchstabe cc
(§ 3 Absatz 7 Satz 6, Satz 7 – neu – und Satz 8 – neu – BPflV),
Nummer 7 Buchstabe b und Buchstabe c – neu –
(§ 7 Satz 1 Nummer 5 und Nummer 6 – neu – BPflV),
Artikel 5 Nummer 5 (§ 115d Absatz 1a – neu – SGB V) und
Nummer 6 Buchstabe b – neu – (§ 118 Absatz 5 – neu – SGB V)

Der Gesetzentwurf ist wie folgt zu ändern:

a) Artikel 2 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Nummer 4 Buchstabe h ist Doppelbuchstabe cc wie folgt zu fassen:

‚cc) Folgende Sätze werden angefügt:

„Zur Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse hat der Krankenhausträger eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse des Krankenhauses aus Entgelten nach § 7 Satz 1 Nummer 1, 2 und 4 vorzulegen. Im Falle der Vereinbarung eines Behandlungsbudgets nach § 115d Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch werden für die Ermittlung des Erlösausgleichs der veränderte Gesamtbetrag nach Absatz 2 Satz 5 und die Summe der Vergütungen für Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanz nach § 120 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch addiert. Weicht die Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden Erlöse aus Entgelten nach § 7 Satz 1 Nummer 6 und die Summe der Vergütungen für Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanz von dem Behandlungsbudget ab, erfolgt ein Erlösausgleich nach Satz 1 oder 2.“ ‘

bb) Nummer 7 ist wie folgt zu ändern:

aaa) In Buchstabe b ist das Wort „wird“ durch das Wort „werden“ zu ersetzen und nach der Angabe „(§ 6 Absatz 4)“ sind die Wörter „und der Punkt am Ende durch ein Komma“ einzufügen.

bbb) Folgender Buchstabe c ist anzufügen:

'c) Folgende Nummer 6 wird angefügt:

„6. einheitliche tagesbezogene Pauschale im Rahmen eines Behandlungsbudgets.“ ‘

b) Artikel 5 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Nummer 5 ist in § 115d nach Absatz 1 folgender Absatz 1a einzufügen:

„(1a) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren auf Verlangen eines Krankenhauses nach Absatz 1 für das Krankenhaus ein Behandlungsbudget, das die Vergütung nach der Bundespflegesatzverordnung und die Vergütung nach § 120 Absatz 2 umfasst, und für die Abrechnung eine einheitliche tagesbezogene Pauschale. Die tagesbezogene Pauschale umfasst die Leistungen als psychiatrische Institutsambulanz sowie die teilstationäre, stationsäquivalente und vollstationäre Behandlung. Für Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist eine gesonderte tagesbezogene Pauschale zu vereinbaren. Für das Verhandlungsverfahren ist § 18 Krankenhausfinanzierungsgesetz maßgeblich. Kommt die Vereinbarung nach Satz 1 innerhalb von sechs Wochen nicht zustande, nachdem eine Partei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, so setzt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz auf Antrag einer Vertragspartei das Behandlungsbudget und die Höhe der einheitlichen tagesbezogenen Pauschale fest.“

bb) Nummer 6 ist wie folgt zu fassen:

‚6. § 118 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

< … wie Vorlage … >

b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Im Falle der Vereinbarung eines Behandlungsbudgets nach § 115d Absatz 1a hat das Krankenhaus für die Versorgung nach Absatz 1 die mit der tagesbezogenen Pauschale vergüteten Tage zu erfassen.“ ‘

Begründung:

Zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung ist es geboten, die Vereinbarung eines einheitlichen Budgets für die durch das PEPP-System vergüteten Leistungen und die Vergütung von Leistungen als psychiatrische Institutsambulanz (PIA) zu ermöglichen. Dieses zusammengefasste Budget darf nicht allein wegen der Zusammenfassung höher ausfallen als das nach der BPflV vereinbarte Budget und das nach § 120 SGB V vereinbarte Vergütungsvolumen. Dabei ist es sinnvoll, dass die Möglichkeit der Vereinbarung eines Behandlungsbudgets den Krankenhäusern vorbehalten bleibt, die nach § 115d SGB V zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung berechtigt sind. Denn nur diese Krankenhäuser bieten das volle Behandlungsspektrum eines psychiatrischen Krankenhauses beziehungsweise einer psychiatrischen Fachabteilung an (vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, institutsambulant). Krankenhäuser, die sich für den Abschluss eines Behandlungsbudgets entscheiden, haben ihre Leistungen nicht über das PEPP-System und eine gesonderte PIA-Vergütung abzurechnen, sondern über eine einheitliche tagesbezogene Pauschale.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa:

Bei der Vereinbarung eines Gesamtbudgets sind die Leistungen als PIA in den Erlösausgleich einzubeziehen. Dazu ist das Budget nach der BPflV und das Vergütungsvolumen nach § 120 SGB V zu addieren und den Vergütungen des maßgeblichen Kalenderjahres gegenüberzustellen. Für Mehr- oder Mindererlöse gelten § 3 Absatz 7 Satz 1 oder 2 BPflV, das heißt, es erfolgt jeweils ein Ausgleich zu 50 Prozent, sofern die Vertragsparteien nicht im Voraus abweichende Ausgleichssätze vereinbaren. § 3 Absatz 7 Satz 6 BPflV entspricht der Vorlage.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe bb:

Die tagesbezogene Pauschale im Rahmen eines Behandlungsbudgets ist in die Auflistung der Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen aufzunehmen.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe aa:

§ 115d Absatz 1a Satz 1 SGB V regelt den Inhalt des Behandlungsbudgets und benennt, wer befugt ist, ein solches Budget zu vereinbaren. Bezüglich der Budgetbemessung gelten bei einem Behandlungsbudget die in der BPflV und in § 120 SGB V enthaltenen Regelungen jeweils unverändert. Zudem wird normiert, dass die Vertragsparteien zur Abrechnung eine einheitliche Tagespauschale zu vereinbaren haben, die nicht zwischen den Leistungen als psychiatrische Institutsambulanz sowie der teilstationären, stationsäquivalenten und vollstationären Behandlung unterscheidet, und so dem Anreiz zur besser vergüteten Behandlungsform begegnet.

Erbringt das Krankenhaus auch Leistungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, ist nach § 115d Absatz 1a Satz 2 SGB V eine gesonderte Tagespauschale zu vereinbaren. Grund hierfür sind die besonderen Kostenstrukturen für diesen Versorgungsbereich.

§ 115d Absatz 1a Satz 3 SGB V bestimmt, dass für die Budgetverhandlungen die Regelungen für die stationäre Versorgung in § 18 KHG gelten. Die Höhe des Budgets beziehungsweise Vergütungsvolumens bestimmt sich nach den Vorgaben der BPflV für die stationäre Leistungserbringung und nach § 120 Absatz 2 und 3 SGB V für die Leistungen als psychiatrische Institutsambulanz.

§ 115d Absatz 1a Satz 4 SGB V regelt die Schiedsstellenfähigkeit; zuständig sind die Landesschiedsstellen für Pflegesatzangelegenheiten.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe bb:

In der Reglung über die Zulassung eines Krankenhauses als psychiatrische Institutsambulanz ist aufzunehmen, dass im Falle der Vereinbarung eines Behandlungsbudgets die mit der tagesbezogenen Pauschale vergüteten Tage zu erfassen sind. Damit im nächsten Budgetzeitraum Klarheit darüber herrscht, an wie vielen Tagen die einheitliche Tagespauschale für Leistungen als psychiatrische Institutsambulanz abgerechnet wurde.

8. Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 4 Absatz 1 Satz 4 BPflV)

In Artikel 2 Nummer 5 ist in § 4 Absatz 1 Satz 4 das Wort „können“ zu streichen und die Wörter „untergliedert werden“ sind durch die Wörter „zu untergliedern“ zu ersetzen.

Begründung:

Vor dem Hintergrund der Überbewertung der derzeitigen Psychosomatik-Fallgruppen, die sich mangels Interesse weiterer Kliniken an der Kalkulation auch in den künftigen PEPP-Katalogen nicht grundlegend verändern wird, ist eine Fachabteilungsdifferenzierung im Krankenhausvergleich in Psychiatrie, in Psychosomatik und in Kinder- und Jugendpsychiatrie verbindlich vorzusehen.

9. Zu Artikel 2 Nummer 14 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb (§ 18 Absatz 2 Satz 2 und Satz 3 BPflV)

In Artikel 2 Nummer 14 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb ist § 18 Absatz 2 wie folgt zu ändern:

a) In Satz 2 sind nach den Wörtern „Entgeltsystem im Krankenhaus“ die Wörter „und nachrichtlich der für die Krankenhausplanung zuständigen Behörde“ einzufügen.

b) In Satz 3 sind die Wörter „und den anderen Vertragsparteien nach § 11“ durch die Wörter „, den anderen Vertragsparteien nach § 11 und nachrichtlich der für die Krankenhausplanung zuständigen Behörde“ zu ersetzen.

Begründung:

Die Neufassung des § 18 Absatz 2 BPflV sieht vor, dass das Krankenhaus in den Jahren 2016 bis 2019 dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) nachzuweisen hat, inwieweit die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung eingehalten werden. Für die Jahre ab 2020 hat das Krankenhaus dem InEK und den Kostenträgern die Einhaltung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu beschließenden Personalvorgaben nachzuweisen. Diese Nachweispflicht ist jeweils auf die Krankenhausplanungsbehörde zu erstrecken, weil Informationen zur Personalausstattung für die Krankenhausplanung relevant sein können, zum Beispiel für die Entwicklung von Qualitätsanforderungen.

Zu Buchstabe a:

Die Änderung bezieht sich auf den Zeitraum 2016 bis 2019.

Zu Buchstabe b:

Die Änderung betrifft den Zeitraum ab 2020.

10. Zu Artikel 4 Nummer 01 – neu – (§ 8 Absatz 10 Satz 4 KHEntgG)

In Artikel 4 ist der Nummer 1 folgende Nummer 01 voranzustellen:

‚01. § 8 Absatz 10 Satz 4 wird wie folgt geändert:

a) Im ersten Halbsatz werden nach dem Wort „Reihe“ die Wörter „6.1 und“ eingefügt und die

Wörter „entsprechenden Kosten“ werden durch die Wörter „Vollzeitstellen in der Pflege mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus, multipliziert mit den Kosten pro Pflegekraft“ ersetzt.

b) Im zweiten Halbsatz wird das Wort „Kosten“ durch die Wörter „Vollzeitstellen in der Pflege mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus“ ersetzt und nach dem Wort „haben“ werden die Wörter „, multipliziert mit den Kosten pro Pflegekraft im jeweiligen Land“ eingefügt.“ ‘

Begründung:

Die bisherige Regelung zum Pflegezuschlag lässt das Personal unberücksichtigt, das in den Krankenhäusern beschäftigt, aber nicht direkt angestellt ist (zum Beispiel im Rahmen von Gestellungsverträgen mit den Schwesternschaften vom Roten Kreuz oder als Zeitarbeiter). In der Fachserie 12 Reihe 6.3 des Statistischen Bundesamtes werden diese Kosten nicht als Personalkosten für Pflege, sondern unter der Rubrik „nicht zuordenbare Personalkosten“ beziehungsweise nachrichtlich als Sachkosten ausgewiesen. Krankenhäuser, in denen eine größere Anzahl Pflegekräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis tätig ist, sind daher bei der Berechnung des Pflegezuschlags benachteiligt. Das ist nach dem Zweck der Regelung nicht gerechtfertigt, denn der Pflegezuschlag soll im Sinne einer besseren Patientenversorgung die Anwesenheit von genügend Pflegekräften gewährleisten, nicht deren Beschäftigungsstatus.

Die Änderung nimmt daher die in der Fachserie 12 Reihe 6.1 ausgewiesene Anzahl der Vollkräfte in der Pflege, mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus, zum Maßstab. Diese Zahl wird zur Ermittlung der bundesweiten und der krankenhausspezifischen Kosten in der Pflege mit den Durchschnittskosten für Pflegekräfte im Bund beziehungsweise im jeweiligen Land multipliziert.

Diese Durchschnittskosten werden zwar nur auf Basis der direkt beim Krankenhaus Beschäftigten errechnet, die möglichen Kostenunterschiede sind aber nicht so gravierend, dass sie bei der Ermittlung der krankenhausspezifischen Anteile am Pflegezuschlagsvolumen ins Gewicht fallen würden.

11. Zu Artikel 5 Nummer 2 Buchstabe a (§ 39 Absatz 1 Satz 2 SGB V)

In Artikel 5 Nummer 2 Buchstabe a ist § 39 Absatz 1 Satz 2 wie folgt zu fassen:

„Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem nach § 108 zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch stationsäquivalente, teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.“

Begründung:

Es ist nicht nachvollziehbar, warum die im Referentenentwurf angeführte Vorrangigkeit der stationsäquivalenten Leistung gegenüber der vollstationären Leistung im Gesetzentwurf aufgegeben wurde.

Gerade wenn die Betroffenen bei Vorliegen einer stationären Behandlungsnotwendigkeit in akuten Krankheitsphasen während der Behandlung in ihrem gewohnten Lebensumfeld bleiben können, führt dies zu geringeren Einschnitten in ihrem Alltagsleben und ermöglicht eine stärkere individuelle Ausrichtung der Behandlung auf den persönlichen Lebenskontext der Patientinnen und Patienten. Dies kann den Betroffenen helfen, Trennungen und Beziehungsabbrüche zu vermeiden, soziale Bindungen aufrechtzuerhalten und Familienkompetenzen zu erhalten oder zu verbessern und dadurch die Nachhaltigkeit der Behandlung stärken. So ist es auch in der Begründung im Referentenentwurf dargestellt und entspricht den bisherigen Erfahrungen in der modellhaften Erprobung des Home Treatments als Akutbehandlung und Komplexleistung.

Insofern sollte immer zunächst geprüft werden, ob durch stationsäquivalente, teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung das Behandlungsziel erreicht werden kann, bevor eine stationäre Behandlung in Anspruch genommen wird.

12. Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 109 Absatz 1 Satz 6 und Satz 7 SGB V) und Nummer 5 (§ 115d Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 und Nummer 4 SGB V)

Artikel 5 ist wie folgt zu ändern:

a) Nummer 4 ist zu streichen.

b) In Nummer 5 ist in § 115d Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 das Komma am Ende durch einen Punkt zu ersetzen und die Nummer 4 ist zu streichen.

Begründung:

Die Krankenhausplanung ist die originäre Aufgabe der zuständigen Landesbehörden. Grundsätzlich bestehen bereits Regelungen zur Verringerung der Bettenanzahl in § 109 Absatz 1 Satz 4 SGB V.

Die Umorganisation innerhalb der Kliniken, stationsäquivalente Behandlung einzuführen, sollte gefördert werden. Eine Regelung im Gesetzentwurf zu einem möglichen Bettenabbau ist an dieser Stelle hinderlich.

Insofern ist in der Folge die Regelung zur Vereinbarung von Grundsätzen zum Bettenabbau durch die Selbstverwaltungspartner entbehrlich.

13. Zu Artikel 5 Nummer 6 (§ 118 Absatz 3 Satz 4 SGB V)

In Artikel 5 Nummer 6 sind in § 118 Absatz 3 Satz 4 nach dem Wort „Psychotherapie“ ein Komma und die Wörter „einen Nervenarzt oder einen Hausarzt“ einzufügen.

Begründung:

Die Festschreibung eines Überweisungsvorbehalts wird vor dem Hintergrund, dass die Ermächtigung „nur diejenigen Fälle umfasst, die wegen Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung durch niedergelassene Ärzte nicht erfolgreich behandelt werden können,“ als sachgerecht empfunden. Allerdings ist die Vorgabe, eine Zuweisung zu den psychosomatischen Institutsambulanzen regelhaft nur auf die Überweisung durch Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zu beschränken, im Hinblick auf das Versorgungsgeschehen in einem Flächenland zu eng gefasst. Insofern ist eine Erweiterung auf die Facharztgruppe der Nervenärzte und der Hausärzte festzuschreiben.

14. Zu Artikel 5 Nummer 9 Buchstabe a (§ 136c Absatz 2 Satz 1 SGB V) und Artikel 7 Absatz 2 (Inkrafttreten)

Der Gesetzentwurf ist wie folgt zu ändern:

a) Artikel 5 Nummer 9 Buchstabe a ist wie folgt zu fassen:

‚a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss übermittelt den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen regelmäßig einrichtungsbezogen Auswertungsergebnisse der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu nach Absatz 1 Satz 1 beschlossenen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sowie Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern und zur Feststellung einer in erheblichem Maße unzureichenden Qualität des jeweiligen Krankenhauses.“ ‘

b) Artikel 7 Absatz 2 ist wie folgt zu fassen:

„(2) Artikel 3 und Artikel 5 Nummer 9 treten mit Wirkung vom … [einsetzen: Tag der 3. Lesung dieses Gesetzes] in Kraft.“

Begründung:

Im Zusammenhang mit dem Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Beschlüsse zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zu fassen, hat sich die Notwendigkeit einer Konkretisierung der

Maßstäbe und Bewertungskriterien für die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ergeben. Eine effektive Umsetzung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in der Krankenhausplanung der Länder setzt voraus, dass die Maßstäbe und Kriterien feststellen, wann von einer in erheblichem Maße unzureichenden Qualität beim einzelnen Krankenhaus auszugehen ist.

Eine solche abschließende Einschätzung ist auch von der Gesetzgebungskompetenz aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a des Grundgesetzes gedeckt. Der Bund darf zur Verwirklichung der ihm überantworteten Zielsetzung des effektiven Einsatzes der Finanzmittel punktuell abschließende Regelungen treffen, soweit den Ländern insgesamt deutliche Spielräume in der Krankenhausplanung verbleiben. Solche Spielräume verbleiben schon deshalb, weil die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und darauf beruhende Versorgungsentscheidungen nur einen kleinen Teil der Krankenhausplanung der Länder ausmachen.

Ohnehin können die Länder die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in ihrem Landesrecht ganz oder teilweise ausschließen oder einschränken.

Zu Buchstabe a:

Die Neuformulierung des § 136c Absatz 2 Satz 1 SGB V gibt vor, dass der G-BA nicht nur Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern zu entwickeln hat, sondern dass diese Maßstäbe und Kriterien mit Blick auf § 8 Absatz 1a und 1b KHG auch eine Feststellung ermöglichen müssen, ob eine unzureichende Qualität beim einzelnen Krankenhaus anzunehmen ist. Die im Gesetzentwurf bereits enthaltenen Änderungen des § 136c Absatz 2 Satz 1 SGB V bleiben erhalten.

Zu Buchstabe b:

Die Neufassung des § 136c Absatz 2 SGB V wird vorzeitig in Kraft gesetzt, damit diese Gesetzesänderung noch beim ersten Beschluss des G-BA, der bis zum 31. Dezember 2016 gefasst sein soll, zu berücksichtigen ist.

15. Zu Artikel 5 Nummer 13 (§ 271 Absatz 2 Satz 4 SGB V)

Artikel 5 Nummer 13 ist zu streichen.

Begründung:

Die Ausschüttung der Liquiditätsreserve ist fachlich nicht zielführend und kurzsichtig. Höhere Zuweisungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen hätten nur einen Einmaleffekt. Das strukturelle Defizit, nicht nur verursacht durch allgemeine Ausgabensteigerungen, sondern auch durch den unzureichenden Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds und die Einführung neuer, ausgeweiteter Leistungsansprüche durch neue Gesetze (unter anderem KHSG, PrävG), kann durch eine kurzfristige, einmalige Verbesserung der Finanzlage der Krankenkassen nicht beseitigt werden.

Zudem befinden sich in der Liquiditätsreserve die Beiträge der GKV-Versicherten. Die gesundheitliche Versorgung von Asylbewerbern beziehungsweise ALG II-Beziehern stellt allerdings eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar.

Der Bundesrat hat daher mit Beschluss vom 8. Juli 2016 (vgl. BR-Drucksache 318/16 (Beschluss)) zum Arbeitslosenversicherungsschutz- und Weiterbildungsgesetz (AWStG) die Bundesregierung aufgefordert, die Leistungsausgaben der Krankenkassen und die geleisteten Beiträge für ALG II-Bezieher transparent und zeitnah zu evaluieren. Die Bundesregierung ist zudem gebeten worden, bei einer zunehmenden Belastung der Solidargemeinschaft der Beitragszahler der GKV durch unzureichende Beiträge für ALG II-Bezieher in einem weiteren Gesetzgebungsverfahren eine geeignete Abhilfe zu schaffen.

Gegenäußerung der Bundesregierung

1. Zu Artikel 1 Nummer 1 (§ 2a KHG),
Artikel 5 Nummer 2a – neu – (§ 92 Absatz 7f Satz 1 SGB V),
Nummer 9a – neu – (§ 136e – neu – SGB V) und
Nummer 14 (§ 293 Absatz 6 Satz 1 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab, den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der Erarbeitung einer Standortdefinition der Krankenhäuser und der Ambulanzen der Krankenhäuser zu beauftragen. Die Definition dient zur einheitlichen Abgrenzung von Standorten, nicht nur für die Aufgabenerfüllung des G-BA. Die Vereinbarung durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene ist daher sachgerecht.

2. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe d (§ 3 Absatz 3 Satz 9a – neu – und
Satz 9b – neu – BPflV)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag insoweit nicht zu, als bei einer vereinbarten, aber vom Krankenhaus nicht vorgenommenen Stellenbesetzung eine basiswirksame Absenkung des Gesamtbetrags möglich sein muss. Ob und inwieweit der Gesamtbetrag bei einer nicht vorgenommenen Stellenbesetzung abzusenken ist, vereinbaren nach § 3 Absatz 3 Satz 8 –BPflV-E die Vertragsparteien nach § 11 BPflV, so dass den Gegebenheiten vor Ort Rechnung getragen werden kann. Sobald eine vereinbarte Stellenbesetzung in Folgejahren zur Erfüllung der Vorgaben des G-BA nach § 136a Absatz 2 SGB V-E zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal umgesetzt wird, ist zugleich eine entsprechende Erhöhung des Budgets vorzunehmen. Der Gesetzentwurf gewährleistet dies für die vom G-BA nach § 136a Absatz 2 SGB V-E festzulegenden Mindestpersonalvorgaben durch § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 BPflV-E. In der Begründung des Gesetzesentwurfs wird in diesem Zusammenhang ausgeführt, dass die „mit den G-BA-Festlegungen im einzelnen Krankenhaus verbundenen Mehrkosten […] über den Gesamtbetrag zu berücksichtigen“ sind.

3. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe d (§ 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 3 BPflV)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab, dass nach § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 3 BPflV-E bei der Verhandlung des Gesamtbetrags für die Jahre ab 2020 von den Vertragsparteien nach § 11 BPflV neben Kostenentwicklungen Verkürzungen von Verweildauern nicht einzubeziehen sind. Im Rahmen der Verhandlung des Gesamtbetrags muss von den Vertragsparteien nach § 11 BPflV gewürdigt werden, welche der genannten Verhandlungstatbestände einen relevanten Einfluss auf die Höhe des Gesamtbetrags des einzelnen Krankenhauses hat. Bereits nach geltendem Recht sind bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags u. a. Verkürzungen der Verweildauern zu berücksichtigen (§ 3 Absatz 2 Satz 1 und § 18 Absatz 1 BPflV jeweils in Verbindung mit § 6 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 BPflV in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung). Indem zukünftig ausdrücklich auch Kostenentwicklungen zu berücksichtigen sind, verbessert der Gesetzentwurf die Verhandlungsposition der Krankenhäuser gegenüber dem geltenden Recht.

4. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe d (§ 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 BPflV)

Die Bundesregierung prüft den Vorschlag, im Zusammenhang mit der budgetwirksamen Umsetzung der Vorgaben des G-BA nach § 136a Absatz 2 SGB V-E zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal in § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 BPflV-E auch auf die damit verbundenen Kosten zu verweisen. Aus systematischen Gründen ist ein entsprechender Verweis allerdings verzichtbar, da die relevanten Kostenentwicklungen bereits nach § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 3 –BPflV-E zu berücksichtigen sind. Ferner wird in der Begründung des Gesetzesentwurfs zu § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 –BPflV-E ausgeführt, dass die „mit den G-BA-Festlegungen im einzelnen Krankenhaus verbundenen Mehrkosten […] über den Gesamtbetrag zu berücksichtigen“ sind. Auch wird in der Begründung in diesem Zusammenhang auf die Option der Finanzierung über befristete Zuschläge nach § 5 Absatz 4 BPflV verwiesen, wodurch jedoch keine doppelte Finanzierung entstehen darf. Eine gesonderte Nennung der mit der Personalausstattung verbundenen Kosten als weiteren Verhandlungstatbestand bei der Verhandlung des Gesamtbetrags wird vor diesem Hintergrund als verzichtbar erachtet.

5. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe d (§ 3 Absatz 4 Satz 1 BPflV)

Die Bundesregierung prüft den Vorschlag, dass Tariferhöhungen, die die maßgebliche Obergrenze überschreiten, von den Kostenträgern zu refinanzieren sind.

6. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe h Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe ccc (§ 3 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3 BPflV)

Die Bundesregierung prüft den Vorschlag, den Mehrerlösausgleichssatz zu verbessern.

7. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe h Doppelbuchstabe cc
(§ 3 Absatz 7 Satz 6, Satz 7 – neu – und Satz 8 – neu – BPflV),
Nummer 7 Buchstabe b und Buchstabe c – neu –
(§ 7 Satz 1 Nummer 5 und Nummer 6 – neu – BPflV),
Artikel 5 Nummer 5 (§ 115d Absatz 1a – neu – SGB V) und
Nummer 6 Buchstabe b – neu – (§ 118 Absatz 5 – neu – SGB V)

Die Bundesregierung prüft den Vorschlag, dem einzelnen Krankenhaus die Option zu eröffnen, den stationären Gesamtbetrag und die Vergütung der Leistungen einer psychiatrischen Institutsambulanz zu einem einheitlichen Budget („Behandlungsbudget“) zusammenzufassen. In jedem Fall muss jedoch eines der Hauptziele des Psych-VVG im Grundsatz unberührt bleiben, die Leistungsorientierung und die Transparenz über das psychiatrische und psychosomatische Versorgungs- und Vergütungsgeschehen zu verbessern. Zudem müssen die Auswirkungen auf die psychiatrischen Institutsambulanzen sowie auf entsprechende Vergütungen sorgsam abgewogen werden. Dies gilt umso mehr, wenn für die Einführung des Behandlungsbudgets letztlich allein die Entscheidung des Krankenhauses ausschlaggebend sein soll. Zudem ist auf die bestehende Möglichkeit von Modellvorhaben nach § 64b SGB V hinzuweisen, auf deren Durchführung sich ein Krankenhaus mit den Kostenträgern einigen muss. Derzeit werden 18 Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen nach § 64b SGB V durchgeführt und evaluiert (BT-Drs. 18/9390, S. 42 f.).

8. Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 4 Absatz 1 Satz 4 BPflV)

Die Bundesregierung prüft den Vorschlag, für den leistungsbezogenen Vergleich eine verbindliche Fachgebietsdifferenzierung vorzugeben.

9. Zu Artikel 2 Nummer 14 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb (§ 18 Absatz 2 Satz 2 und Satz 3 BPflV)

Die Bundesregierung prüft den Vorschlag, den Krankenhausplanungsbehörden der Länder die Nachweise nach § 18 Absatz 2 BPflV-E zur personellen Ausstattung der Krankenhäuser nachrichtlich zur Verfügung zu stellen.

10. Zu Artikel 4 Nummer 01 – neu – (§ 8 Absatz 10 Satz 4 KHEntgG)

Die Bundesregierung prüft den Vorschlag, für die Ermittlung des Pflegezuschlags des einzelnen allgemeinen Krankenhauses die Berechnungsgrundlage für die Pflegepersonalkosten zu modifizieren, damit auch Krankenhäuser von dem Pflegezuschlag profitieren, in denen Pflegepersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis tätig ist.

11. Zu Artikel 5 Nummer 2 Buchstabe a (§ 39 Absatz 1 Satz 2 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Die Erbringung stationsäquivalenter psychiatrischer Krankenhausleistungen im häuslichen Umfeld erfordert einen erheblichen Vorhaltungsaufwand und ein hohes Maß an organisatorischer Flexibilität. Sie steht deshalb nicht als vorrangige, sondern als alternative Behandlungsform gleichwertig neben der vollstationären Aufnahme in das Krankenhaus. Im Rahmen seiner organisatorischen und therapeutischen Gesamtverantwortung muss das Krankenhaus entscheiden können, ob es die Krankenhausbehandlung vollstationär oder stationsäquivalent durchführt.

12. Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 109 Absatz 1 Satz 6 und Satz 7 und Nummer 5 (§ 115d Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 und Nummer 4 SGB V)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im weiteren Verfahren prüfen.

13. Zu Artikel 5 Nummer 6 (§ 118 Absatz 3 Satz 4 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Der Gesetzentwurf enthält keinen abschließenden Überweisungsvorbehalt zu Gunsten von Fachärzten für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, sondern sieht lediglich vor, dass eine Überweisung zur Behandlung in einer psychosomatischen Institutsambulanz in der Regel durch diese Ärzte erfolgen soll. Überweisungen sind daher grundsätzlich auch durch andere Ärzte möglich. Eine flächendeckende Erweiterung des Überweisungserfordernisses auf Nervenärzte und Hausärzte ist daher nicht erforderlich.

14. Zu Artikel 5 Nummer 9 Buchstabe a (§ 136c Absatz 2 Satz 1 SGB V) und Artikel 7 Absatz 2 (Inkrafttreten)

Die Bundesregierung wird das Anliegen im weiteren Verfahren prüfen.

15. Zu Artikel 5 Nummer 13 (§ 271 Absatz 2 Satz 4 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Mit der Entnahme aus der Liquiditätsreserve in Höhe von 1,5 Milliarden Euro sollen – entgegen der Darstellung im Antrag – keine dauerhaften, sondern vorübergehende Mehrbelastungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert werden. Im Fall einer erfolgreichen Integration in den Arbeitsmarkt und den damit perspektivisch zu erwartenden Mehreinnahmen handelt es sich bei den Mehrbelastungen aufgrund der gesundheitlichen Versorgung der Asyl- bzw. Schutzberechtigten um vorübergehende Belastungen der GKV. Auch die Investitionen in den Aufbau der Telematikinfrastruktur nach § 291a Absatz 7 Satz 5 Nummer 1 SGB V für die Erstausstattung der Arztpraxen mit Konnektoren, Kartenlesegeräten, VPN-Zugängen sowie den damit zusammenhängenden Installationskosten, die von den Krankenkassen zu finanzieren sind, fallen einmalig und schwerpunktmäßig im Jahr 2017 an.



Satz: Satzweiss.com Print, Web, Software GmbH, Mainzer Straße 116, 66121 Saarbrücken, www.satzweiss.com
Druck: Printsystem GmbH, Schafwäsche 1-3, 71296 Heimsheim, www.printsystem.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333